



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIENCIAS EXATAS E TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ESTATISTICA E CIENCIAS ATUARIAIS



RAUL NARCIZO CARDOSO

PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO
DE RISCOS E DOENÇAS: UMA REVISÃO SOBRE SUA EFETIVIDADE
NA REDUÇÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS

São Cristóvão – SE

2017.1

RAUL NARCIZO CARDOSO

**PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO
DE RISCOS E DOENÇAS: UMA REVISÃO SOBRE SUA EFETIVIDADE
NA REDUÇÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Estatística e Ciências
Atuariais da Universidade Federal de Sergipe,
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Bacharel em Ciências Atuariais.**

Orientador: Prof. Marcelo Coelho de Sá

São Cristóvão – SE

2017.1

RAUL NARCIZO CARDOSO

**PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO
DE RISCOS E DOENÇAS: UMA REVISÃO SOBRE SUA EFETIVIDADE NA
REDUÇÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Estatística e Ciências Atuariais
da Universidade Federal de Sergipe, como um
dos pré-requisitos para obtenção do grau de
Bacharel em Ciências Atuariais.**

____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Marcelo Coelho de Sá
Orientadora

Prof. Carlos Raphael Araújo Daniel
1º Examinador

Prof. Kleber Fernandes de Oliveira
2º Examinador

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Edson, e a minha mãe, Marly, que fizeram de tudo ao seu alcance para que essa conquista se tornasse possível.

Aos meus amigos e familiares que, direta ou indiretamente, me ajudaram nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho não teria sido concluído sem a colaboração de muitas pessoas que me ajudaram a chegar até aqui. Portanto, começando sempre por Deus que guia a todos nós, sou grato a todos os professores que participaram dessa trajetória e todos os ensinamentos que trouxeram consigo, aos meus colegas de curso que contribuíram de todas as formas possíveis, aos meus companheiros de trabalho da SEGRASE que colaboraram para que eu conseguisse concluir minha pesquisa.

Agradecer especialmente a minha tia, a professora Jusceli M. O. De Carvalho Cardoso, e ao meu primo, Lucas de Carvalho Cardoso, pela prontidão ao me orientarem na reta final.

Finalmente, agradeço ao meu orientador Marcelo Coelho de Sá pela sugestão do tema, pelo acompanhamento, incentivo e persistência nesse estudo.

RESUMO

Nos últimos anos, os custos assistenciais das empresas de saúde suplementar vêm sofrendo um crescimento exponencial, o que leva a um debate a respeito de métodos para controlá-los. Dentre esses métodos, a promoção da saúde surge como a mais promissora, porém sem provas suficientes que a assegurem como principal recurso. O presente estudo buscou identificar uma correlação entre os Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Risco e Doenças com a redução dos custos assistenciais, visando melhorar o desempenho desses programas a partir de sua adoção pelas entidades de saúde suplementar. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica na literatura científica a fim de encontrar e avaliar pesquisas que apontassem essa correlação, onde os métodos dos pesquisadores variaram desde estudos de caso, com ou sem evidências matemáticas, a outras revisões bibliográficas. O estudo encontrou uma grande, porém insuficiente, aceitação por parte dos autores, onde poucos demonstraram evidências matemáticas que corroborassem uma correlação positiva, mas muitos que apresentaram bons argumentos favoráveis à premissa, mesmo se tratando de argumentos subjetivos. Mesmo não podendo afirmar com exatidão a verdadeira eficácia da Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças em reduzir custos assistenciais, carecendo de mais estudos de caso acerca do tema, principalmente no cenário nacional, o estudo mostrou que se trata de uma proposta aceitável para encorajar as empresas a aumentarem o número de adesões aos programas para, além de melhorar a saúde da população, possivelmente reduzir os custos assistenciais das empresas de saúde suplementar.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Prevenção de Riscos e Doenças, Custos Assistenciais

ABSTRACT

In the last few years, the care costs of supplementary health companies have been suffering an exponential growth, which leads to a debate over methods to control them. Among these methods, health promotion emerges as the most promising, but without sufficient evidence to ensure it as a primary resource. The present study sought to identify a correlation between Health Promotion Programs and Prevention of Risks and Diseases with the reduction of the care costs, aiming to improve the performance of these programs by their adoption from supplementary health entities. For that, a bibliographic review was carried out in the scientific literature in order to find and evaluate researches that applied this correlation, where the researchers' methods varied from case studies, with or without mathematical evidence, to other bibliographic reviews. The study found a large, but insufficient, acceptance by the authors, where a few demonstrated mathematical evidences corroborating a positive correlation, but many presented good favorable arguments, even if it is subjective arguments. Even not being able to affirm with exactness the true effectiveness of Health Promotion and Prevention of Risks and Diseases in reduction of care costs, lacking more case studies on the subject, mainly in national scenario, the study showed that this is an acceptable proposal to encourage companies to increase the number of accession to the programs, in addition to improve the health of the population, possibly reduce the care costs of supplementary healthcare companies.

Keywords: Health Promotion, Prevention of Risks and Diseases, Healthcare Costs

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1: Relação entre lucro, desempenho e produtividade	30
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Diferenças entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	15
Tabela 2: Vantagens e desvantagens entre avaliadores internos e externos	33
Tabela 3: Relação entre autores e suas concepções.....	40

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS.....	10
2.1. Objetivo Geral	10
2.2. Objetivo Específico.....	10
3. JUSTIFICATIVA.....	11
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
4.1. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças	13
4.1.1. <i>Conceito</i>	13
4.1.2. <i>Diferenças Esquemáticas</i>	14
4.1.3. <i>Evolução no Mundo</i>	15
4.1.4. <i>Evolução no Brasil</i>	20
4.1.5. <i>Reflexões</i>	24
4.1.6. <i>Tendências</i>	26
4.2. Afirmações acerca da redução dos custos assistenciais	28
5. METODOLOGIA	31
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
7. CONCLUSÕES	41
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

1. INTRODUÇÃO

A saúde suplementar é formada por ações e serviços ofertados por organizações privadas. Esse setor se instalou no Brasil durante a década de 70 devido à crise do modelo médico previdenciário e pelo fortalecimento dos modelos convênio-empresa (MENICUCCI, 2011). A partir de então, a população passou a adotar cada vez mais os planos e seguros privados de saúde (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011).

O setor da saúde suplementar foi devidamente regulamentado em 1998, com a criação da Lei Federal nº 9656 e, posteriormente, no ano 2000, com a criação da Lei Federal nº 9961, foi criada a Agência Nacional de Saúde, sendo ela o órgão do Ministério da Saúde responsável pelo desenvolvimento estratégico da regulação do setor no país (ANDRADE et al., 2009; CECCIM et al., 2009).

A ANS foi constituída mediante a necessidade de acertar o conflito entre os interesses financeiros do setor privado e os propósitos de proteção social do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, a ANS, em 2004, deu início ao incentivo à implementação dos programas de promoção da saúde, onde as operadoras deveriam ofertar benefícios aos clientes que aderissem aos programas. Isso gerou certo receio entre as empresas, que se preocuparam com um possível crescimento de sinistralidades consequente da ampliação da utilização de planos de saúde. Elas tinham seus motivos para tal receio, principalmente devido aos procedimentos de baixo custo, porém, as empresas precisam enxergar que a longo prazo ocorrerá uma redução dos procedimentos de alto custo e melhoria da saúde geral (VERAS, 2012; SILVA; RODRIGUES; 2015). A promoção da saúde, no intuito de reorientar os modelos assistenciais, é caracterizada como uma área de conhecimentos e práticas extensa e profunda, onde não pode ser restringida a uma única definição, resultando em abordagens distintas (SILVA; SENA, 2010).

O empenho no estudo de epidemias e o destaque da prevenção tornam essa abordagem favorável à redução de custos assistenciais. Devido à predominância do peso médico-assistencial no sistema brasileiro, as empresas de setor privado trabalham com um modelo de mutualismo, onde os menos saudáveis utilizam mais serviços e elevam os valores pagos por quem tem capacidade funcional preservada e está em boas condições de saúde (VERAS, 2012).

Para Porter e Teisberg (2009), a saúde precede a assistência, é necessário mensurar e reduzir o risco de doenças, apresentar um amplo gerenciamento de doenças e assegurar os serviços de prevenção para todos seus beneficiários, mesmo em boas condições de saúde. Visto isso, a saúde deve englobar a preparação para esse serviço (melhorando a efetividade da cadeia de valor), a intervenção, a recuperação, o acompanhamento e a administração do estado clínico, a garantia de acessibilidade, a apreciação dos resultados e a divulgação da informação (VERAS, 2012).

Apesar da promoção da saúde e a prevenção de doenças serem muito pautadas como métodos utilizados para redução de custos, pouco se pode afirmar a respeito de sua efetividade nessa função, devido à escassez de estudos que confirmem tal correlação. O presente estudo busca aprofundar-se no conhecimento dessa área específica a fim de descobrir se o seu uso é de fato algo benéfico, ou não, para as empresas que as adotam.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Buscar na literatura científica estudos que dissertem, através de dados matemáticos ou análises subjetivas, de que o emprego dos Programas para Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças resulta ou não na redução dos custos com a assistência à saúde.

2.2. Objetivo Específico

Demonstrar, mediante estudo bibliográfico, uma possível correlação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças com a redução de custos assistenciais;

Identificar estudos quantitativos ou qualitativos, em que se afirmem, recusem ou apontem como inconclusiva a ideia de que a promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças reduza os custos, demonstrando resultados matemáticos, ou não, que corroborem as afirmações;

Refletir sobre as opiniões de autores quanto ao tema, apontando os argumentos em que se embasam para fazerem suas constatações tentando a obter uma visão ampla a respeito de tal correlação e, possivelmente, determinar sua verdadeira eficácia.

3. JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, foi constatado que o Brasil, a exemplo de outros dez países – como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra – sofreu com um aumento significativo nos custos assistenciais do setor de saúde suplementar, seguindo uma crescente de gastos com saúde equivalente ao dobro do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) geral (SÁ, 2012).

As alterações resultantes da regulação do campo da saúde suplementar acarretaram diversas implicações a serem praticadas pelas operadoras. Com a expansão da cobertura e regulação do reajuste de preços, indicadores econômicos ganharam maior visibilidade. Observando a evolução dos dados de receitas e despesas entre 2010 e 2014, pode-se notar o aumento das despesas assistenciais, que cresceram aproximadamente 81% ao serem comparadas à receita durante o mesmo intervalo, que atingiu cerca de 75% (BRASIL, 2015). A associação entre esses dois fatores define um indicador importante para o campo da saúde suplementar, intitulado de sinistralidade (NERI, 2015).

A sinistralidade se trata de um indicador financeiro que estabelece quanto as operadoras de saúde gastam com serviços assistenciais prestados aos beneficiários relacionado a arrecadação com mensalidades (WORM, 2012). O exercício no campo da saúde suplementar aponta que até 75% de sinistralidade ainda pode ser classificado como aceitável, isso significa que 75% da receita geral será designada para o pagamento de despesas assistenciais, restando 25% para despesas administrativas e ao lucro da empresa. Porém, ultimamente o indicador de sinistralidade das operadoras oscilou entre 81 e 84%, onde indica que é preciso adotar ações emergenciais para resolver essa questão, resultante de uma redução nos recursos para o gerenciamento de custos administrativos e um pequeno resultado de lucro, por volta de 2% no intervalo observado (NERI, 2015).

Além disso, a quantidade escassa de informações fornecidas ao indivíduo a fim de analisar a qualidade do que é ofertado pela operadora é incontestável, o que torna o ato da compra uma ação carente de segurança, uma vez que faltam aos beneficiários conhecimentos aprofundados acerca de elementos como reputação, solvência e

credibilidade da operadora. Isso possivelmente finda por impedir o beneficiário de desfrutar do máximo do seu bem-estar em longo prazo (SILVEIRA, 2004).

O desenvolvimento sustentável das operadoras de saúde do setor privado necessita de uma associação entre as receitas derivadas da venda de planos de saúde e a quantidade desembolsada para pagamento dos custos assistenciais e as despesas administrativas e de comercialização (SILVEIRA, 2004).

A principal fonte de renda das operadoras de planos de saúde provém da venda de planos e seguros de saúde para as famílias e, conseqüentemente, atinge, direta ou indiretamente, a renda dessas famílias, uma vez que os cuidados com a saúde são essenciais, seus costumes tendem a não serem alterados mesmo perante reajustes. Desse modo, quanto maior for a receita das operadoras de planos de saúde, menor será a renda de que as famílias irão usufruir para a aquisição de outros bens e serviços. Por outro lado, as despesas referentes aos custos assistenciais dessas operadoras estabelecem o lucro dos hospitais, consultórios médicos e serviços de suporte diagnóstico-terapêutico que fornecem serviços às famílias seguradas e são pagas por tais serviços (SILVEIRA, 2004).

Observado os interesses econômicos do campo da saúde privada, a promoção da saúde e a prevenção de doenças surgem como uma possível solução para atendê-los, porém, levanta-se uma dúvida quanto ao tipo de abordagem que a promoção da saúde e a prevenção de doenças devem ter na saúde suplementar. Pode-se presumir a preponderância de uma lógica de controle de custos que atravessa a proposta dos programas, o que prejudica as principais práticas características da promoção da saúde. Isso apresenta um conflito da lógica econômica e os interesses dos beneficiários, diante do incentivo de programas de promoção da saúde da ANS (SILVA; RODRIGUES, 2015). Portanto, faz-se necessário um estudo que determine a eficiência da promoção da saúde e da prevenção de doenças a fim de solucionar tais problemas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças

4.1.1. Conceito

A partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Em 1980, houve a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, a qual tinha o objetivo de refinar o conceito de promoção da saúde e evidenciar as diferenças em relação à prevenção da saúde, que apesar das similaridades em algumas proposições, não necessariamente são iguais. Desde então, muito se tem pautado sobre o tema e gradativamente ganhado mais relevância (VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA; MENDONÇA, 2016).

A prevenção da saúde demanda de uma ação antecipada, baseada no conhecimento histórico natural com a intenção de erradicar a possível progressão da doença. Já a promoção da saúde tem um significado mais amplo, pois se refere a medidas que não são direcionadas a uma doença ou desordem específica, mas sim para abranger uma saúde e bem-estar geral (LEAVELL; CLARK, 1976).

A promoção da saúde tem um conceito tradicional, definido por Leavell e Clark (1976) como um dos rudimentos primários de atenção em medicina preventiva. Este conceito foi retomado e ganhou destaque recentemente, sobretudo no Canadá, EUA e países da Europa ocidental. Um dos principais motivos dessa retomada foi a necessidade de controlar os custos desmedidamente crescentes da assistência à saúde, que não correspondem a resultados igualmente significativos (BUSS, 2000).

Um dos pilares fundamentais no que tange promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, ou seja, dependerem menos do Estado e mais de si mesmos. Um quesito que se mostra pertinente é qual ponto de vista

de autonomia é efetivamente proposta e concretizada. A análise de alguns autores corrobora como a aplicação de tais conhecimentos e práticas, nestas sociedades, estaria construindo representações científicas e culturais, conformando os sujeitos para exercerem uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo uma lógica de mercado (LUPTON, 1999; PETERSEN, 1997).

Os métodos adotados para controlar e reduzir os fatores de risco devem discorrer sobre os diversos níveis de atenção à saúde através da prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária é direcionada ao controle e redução dos fatores de risco, onde prioriza o controle do tabagismo, da obesidade, entre outros, além do incentivo a uma alimentação saudável. A prevenção secundária compreende encontrar e tratar as doenças crônicas não transmissíveis com antecedência, com foco nos indivíduos já afetados. Ela visa conseguir controlar a doença, impedir o surgimento de dificuldades e atrasar o avanço do quadro clínico, além de reconhecer a existência de fatores de risco relacionados, de lesões em órgão-alvo e de correlações entre duas ou mais doenças. Por fim, a prevenção terciária tem por objetivo reduzir as dificuldades, a fim de melhorar a qualidade de vida e impedir a morte precoce (BRASIL, 2001; ALVES, 2009).

Os conceitos de promoção e prevenção da saúde são facilmente confundidos ou equivocadamente classificados iguais. Isso se deve a diversos motivos e provém de inúmeras questões, das epistemológicas às linguísticas e culturais. Segundo Buss (2002), tal confusão se deve, em parte, à ênfase dada nas mudanças no comportamento individual e na redução dos fatores de risco para determinadas doenças que vigoram em certos programas erroneamente intitulados de promoção da saúde. Já Czeresnia (2009) afirma que as dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde causam inconsistências e contradições que, muitas vezes, não diferem claramente das práticas preventivas tradicionais (VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA; MENDONÇA, 2016).

4.1.2. Diferenças Esquemáticas

O quadro a seguir ilustra de um modo mais prático as distinções existentes entre os termos abordados nos mais diversos aspectos:

Tabela 1: Diferenças entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Categorias	Promoção da Saúde	Prevenção de Doenças
Conceito de Saúde	Favorável e multidimensional	Inexistência de doença
Modelo de Intervenção	Interativo	Hospitalar
População-Alvo	Todos os indivíduos, no seu ambiente total	Sobretudo os conjuntos de habitantes de maior risco
Incumbência	Rede de questões de saúde	Doença específica
Estratégias	Das mais distintas e complementares	Normalmente única
Abordagens	Viabilização e qualificação	Orientadoras e convincentes
Direcionamento das Medidas	Disponibilizada a população	Atribuída a grupos-alvo
Objetivos dos Programas	Melhorias na condição dos indivíduos e de toda a população	Priorizam indivíduos e grupos de pessoas
Autores dos Programas	Entidades não profissionais, campanhas sociais, governos em geral	Profissionais da Saúde

Fonte: Adaptado de Stachtchenko e Jenicek (1990, apud VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA; MENDONÇA, 2016)

4.1.3. Evolução no Mundo

Em 1974, no Canadá, através da criação do *Informe Lalonde (A New Perspective on the Health of Canadians)*, o patamar da promoção da saúde mudou em termos de planejamento estratégico. Seu principal objetivo, entre outros, era combater o alto custo com assistência médica no país (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007). O *Informe Lalonde* se tornou um marco para a evolução da promoção da saúde através dos anos, sendo sempre utilizado como referência nas Conferências Internacionais e Regionais que ocorreram posteriormente.

A Carta de Ottawa, originada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, teve a participação de 35 países para sua criação. Nela, visou-se reconhecer a pobreza, o desemprego, as frágeis deficiências na habitação e outras desigualdades sociais como resultado da determinação social da saúde. Como solução desses problemas, foi proposta a consolidação dos serviços comunitários, políticas públicas saudáveis e o auxílio da participação popular (WHO, 1986; ROBERTSON, 1998; HEIDMANN et al., 2006).

A Carta de Ottawa define as condições e os recursos essenciais para a saúde, tais como paz, habitação, educação, alimentação e renda, conceituando a promoção da saúde como processo de qualificação da sociedade para agir no desenvolvimento da própria qualidade de vida e saúde, onde tenha maior representatividade na administração de tal processo. No intuito de alcançar um nível mais elevado de bem-estar físico, mental e social, a saúde é uma concepção positiva com foco nos recursos sociais e pessoais, tal quais as habilidades físicas. Logo, a promoção da saúde não se restringe apenas ao campo da saúde e busca algo acima de um estilo de vida saudável através do bem-estar global (WHO, 1986; OPAS, 2008).

A partir de então, a Carta de Ottawa também se torna um marco referencial para o desenvolvimento da promoção da saúde e para as Conferências Internacionais e Regionais subsequentes.

Segundo Carvalho (2005), a necessidade de maior justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação e salários dignos são pré-requisitos para a saúde, sendo essas identificadas pela Carta de Ottawa e pela Declaração de Alma-Ata. Apesar disso, enquanto a Carta de Ottawa prioriza a reorganização do sistema de atenção, tendo foco na Atenção Primária à Saúde para organização dos serviços, a Declaração de Alma-Ata possui mais atenção voltada para ações externas à assistência, conforme propôs a criação de ambientes favoráveis à saúde, a necessidade de promover o desenvolvimento sustentável, a ampliação dos enfoques curativos e clínicos e o fortalecimento das ações voltadas para uma prática integral em saúde (ALVES, 2009).

Outras Conferências Internacionais de Promoção da Saúde ocorreram nos anos seguintes. Segundo Buss (2003), as conferências internacionais realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), constituíram os fundamentos conceituais e políticos contemporâneos da promoção da saúde. As conferências que as sucederam foram realizadas em Bogotá, em 1992, em Jacarta, em 1997, e no México, em 2000. Além das Conferências Regionais – essas com mais enfoque em problemas locais, seja

do seu país ou continente, mas sempre com a influência das Conferências Internacionais – realizadas no Caribe, em 1993, no Canadá, em 1996 e em Genebra, em 1998 (ALVES, 2009; FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, na Austrália, em 1988, focou principalmente nas políticas públicas para saúde, utilizando das cinco diretrizes da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma-Ata como base. Nela foi afirmado o interesse e preocupação em todas as áreas das políticas públicas ligadas à saúde e à equidade, além do comprometimento com as prováveis consequências de tais políticas sobre a saúde da população. Além disso, foram apontados quatro campos a serem promovidos com mais afinco nas políticas públicas saudáveis: suporte à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e a criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 2002; WHO, 2005; HEIDMANN et al., 2006).

Graças a essa conferência e o que nela foi exposto, convocaram-se, em todas as partes do mundo, pessoas, organizações e governos para serem adeptos ativos na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde, tendo em vista os aspectos físicos, sociais, econômicos e políticos (ALVES, 2009).

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, em 1991, dando sequência a sua antecessora quanto à criação de ambientes favoráveis à saúde, demonstrou as circunstâncias precárias e carentes, em um local de risco a milhares de pessoas no mundo. Foi então proposta a tomada de atitudes de diversos setores da sociedade a aderirem ao desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais benéficos à saúde. Identificando assim o papel essencial das ONGs, dos governos e afins na criação de tais ambientes favoráveis e de promoção da saúde. Para isso, é preciso juntar fatores importantes, como as dimensões sociais, políticas, econômicas e o reconhecimento e utilização da competência e do conhecimento das mulheres em todos os campos, incluindo o político e o econômico (BRASIL, 2002; HEIDMANN et al., 2006).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, em 1997, foi a primeira realizada fora de um país desenvolvido e também a primeira a incluir a colaboração do setor privado na promoção da saúde. A Declaração de Jacarta frisou novamente a saúde como fundamental para o crescimento social e econômico, ressaltou ainda o surgimento de novos aspectos da saúde e buscou novas direções e estratégias imprescindíveis para encarar os desafios da promoção da saúde. Utilizou da

Carta de Ottawa para abordar da promoção da saúde como algo a ser atingido coletivamente, dando voz e acessibilidade aos processos de tomada de decisão para a realização de novas mudanças para as comunidades (BRASIL, 2002; OPAS, 2008; ALVES, 2009).

A V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na Cidade México, em 2000, chamou atenção para a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais dos mais diversos níveis. Buscou desenvolver as prioridades da promoção da saúde citadas na Conferência de Jacarta e sancionadas pela Assembleia Mundial da Saúde de 1998, como a promoção da responsabilidade social na saúde, crescimento da capacitação das comunidades e dos indivíduos, entre outros. Admitiu-se assim a importância das ações intersetoriais para garantir o implemento das ações de promoção da saúde e aumentar as colaborações no ramo da saúde (HEIDMANN et al., 2006; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Bangkok, em 2005, buscou mudanças na saúde global, visando o combate a propagação de doenças transmissíveis e crônicas, como doenças cardíacas, câncer e diabetes. Foi debatido ainda o quanto a globalização é influente nas questões de saúde, enfatizando os pontos negativos e positivos da propagação de informações, através dos meios tecnológicos de informação. Procurou-se então novos rumos para a Promoção à Saúde, com objetivo de fornecer saúde a todos por meio do desenvolvimento da agenda global, responsabilizar todos os governos, priorizar tal objetivo entre as comunidades e sociedades civis, entre outras práticas (WHO, 2005; WESTPHAL, 2006; ALVES, 2009).

Na VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi criada a Declaração de Bangkok, onde vê na saúde um direito fundamental para todos e compreende o que define a qualidade de vida. Pondera ainda que a globalização gera novas chances de colaboração com objetivo de aprimorar a saúde e diminuir os riscos de saúde transnacionais. Evidencia-se nessas oportunidades o avanço das tecnologias de informação e comunicação, bem como o progresso dos mecanismos para a administração global e para a partilha de experiências (WHO, 2005; LOPES et al., 2010).

A Conferência de Bangkok teve destaque ao firmar compromissos para a promoção da saúde, como centralizar a promoção da saúde na agenda global de

desenvolvimento, responsabilizar todos os governos, focando nas comunidades e sociedade civil e inserindo reivindicações à boa prática corporativa (WHO, 2005; LOPES et al., 2010).

A I Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde, realizada em Bogotá, em 1992, iniciou a discussão do tema nos países latinos. Nessa ocasião, foi encontrada uma igualdade no centro nas discussões, uma vez que observado o receio com as iniquidades e com a sociedade mais participativa no processo de tomada de decisão sobre saúde e qualidade de vida, evidenciam estratégias para recriar a promoção da saúde na América Latina. Para isso, foram abordadas mudanças na cultura e na saúde com objetivo de assegurar acessibilidade universal e o incentivo do compromisso social de cunho político a fim de fazer da saúde uma prioridade (HEIDMANN et al., 2006; BRASIL, 2002; WESTPHAL, 2006; ALVES, 2009).

A I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, realizada em 1993, em Trinidad y Tobago, apontou algumas ações essenciais para fortalecer a promoção da saúde na região, tais como criar políticas públicas saudáveis, buscar novas direções para os serviços de saúde, delegar poder às comunidades a fim de atingir o bem-estar social, gerar ambientes mais prósperos para saúde, formar aliados, sobretudo nos meios de comunicação (OPS, 1993; HEIDMANN et al., 2006).

A Promoção à Saúde da População no Canadá, em 1996 surgiu devido à necessidade imprescindível de um novo debate na saúde, chamado de “saúde da população”, onde transformaria a nova promoção da saúde como o núcleo que guiaria as decisões a respeito de promoção da saúde no país (ROBERTSON, 1998; MERHY, 1985).

Assim, torna-se evidente que as Conferências Internacionais e Regionais de Promoção da Saúde mantiveram ativos os preceitos estabelecidos na I Conferência e acrescentaram novos aspectos e estratégias de ação focadas para as áreas de maior prioridade, com finalidade de originar políticas públicas saudáveis e trabalhar na inclusão da promoção da saúde como uma peça essencial das políticas e programas públicos em todos os países (ALVES, 2009).

4.1.4. Evolução no Brasil

Nos anos de 1974 a 1988, a reorganização do Estado e a reforma do sistema de saúde brasileiro deram origem às principais estratégias da Saúde Coletiva (DÂMASO, 1990; CARVALHO, 2005). A discussão a respeito da promoção da saúde ocorreu ao mesmo tempo em que o processo de reformulação do sistema de saúde, por meio do Movimento de Reforma Sanitária, que, de acordo com Carvalho (2005), tinha em mente a racionalização e o crescimento da eficiência das ações setoriais com estratégias focadas na unificação e descentralização do sistema de saúde, o controle público do setor privado e a participação popular (ALVES, 2009).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, nela, foram expostos os principais componentes da proposta da Reforma Sanitária Brasileira: ampliar o conceito de saúde; reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado; criar um Sistema Único de Saúde (SUS); população ativamente participativa; e constituir e ampliar o orçamento social. Uma vez estabelecidos os princípios e diretrizes, foram ligados a eles o direito, a saúde, a cidadania, a universalização, a equidade, a democracia e a descentralização (CNS, 1987). Muitas das determinações dessa Conferência foram incluídas à Constituição Federal de 1988 e tiveram influência na legislação responsável por normatizar o Sistema Único de Saúde, o SUS (ALVES, 2009; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Buss (2000) afirma que a década de 90 foi a mais importante para a promoção da saúde no Brasil, devido ao lançamento do Programa dos Agentes Comunitários da Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. O Programa de Saúde da Família foi responsável pelas medidas de atenção primária a saúde e tem atendido aproximadamente sessenta milhões de pessoas, graças às mais de dezenove mil equipes atuantes em mais de quatro mil municípios do país (SUS, 2004; BANDINI, 2006).

Em 1992, no intuito de obter uma atenção básica mais ampla e distinta, foi dado início ao primeiro programa, posteriormente se tornando uma política organizada, com os princípios da promoção da saúde. Isso se refere ao Programa Saúde da Família (PSF), onde até então o Ministério da Saúde elaborava e programava de forma inibida, sendo compreendido como um modo de reorientar o modelo assistencial, operacionalizando através da instituição de equipes multiprofissionais em unidades

básicas de saúde. Essas equipes utilizam as medidas de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e danos mais frequentes, e no aperfeiçoamento da saúde da comunidade (BRASIL, 2004; ANDRADE, 2006; BUSS; CARVALHO, 2009).

Graças à formalização do projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, com ajuda do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a promoção da saúde passou a receber certa institucionalidade no Ministério da Saúde nos anos de 1998 e 1999. Começa então uma tentativa de introduzir formalmente tal questão na discussão da saúde brasileira, integrado ao lançamento da revista Promoção da Saúde (a qual publica apenas sete edições, de 1999 a 2002) e a emissão das Cartas da Promoção da Saúde. Lançado em 1999, o Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CPS-HCFMUSP) foi o primeiro serviço com objetivo exclusivo ao atendimento em promoção da saúde na América Latina (BUSS; FERREIRA, 2000; BUSS; CARVALHO, 2009; BANDINI, 2006).

Ainda em 1999, o Ministério da Saúde no Brasil elaborou o I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde, em Brasília. Nele, focava-se a disseminação das experiências e a produção de ambientes para discussões sobre promoção da saúde. Subsequentemente houve a X Conferência Nacional de Saúde, onde estimulou discussões a respeito dos modelos de atenção visando a qualidade de vida (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Com a adesão de políticas como a Política Nacional de Combate ao Tabagismo (PNCT), em 1989, e do acesso ao tratamento para usuários de tabaco no SUS, com o apoio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), diminuiu a incidência de tabagismo no Brasil de 40% para 25%, aproximadamente, na década de 90. Desde então, com o resultado positivo do seu programa de controle do tabagismo, o país obteve papel de destaque no contexto mundial da promoção da saúde, na preparação do Tratado Internacional para o Controle do Tabaco, aprofundado no domínio da OMS. O Brasil então assumiu, em 2000, o posto da presidência do Órgão de Negociação Internacional, onde permaneceu durante todo o processo que findou com a autorização da Convenção Quadro pela 56ª Assembleia Mundial de Saúde, em 2003, assembleia essa que o país se junta no mesmo ano (BUSS; CARVALHO, 2009; BANDINI, 2006).

Com a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2002, junto ao Ministério da Saúde, foram formados documentos nos campos de alimentação saudável e atividade física, violência no trânsito, o projeto “Agita Brasil”, a proposta de promoção na saúde na escola, entre outros. Com a ajuda do Programa das Nações

Unidas para o Desenvolvimento, o projeto de promoção da saúde se adequou às tentativas de instalação do programa “Comunidade Solidária”, onde juntava esforços dos ministérios ligados ao desenvolvimento local integrado e sustentável, como a Alfabetização Solidária, o Salto para o Futuro, Agricultura Familiar, entre outros. Em 2004, com a OMS criando a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, e perante as epidemiologias e os riscos vigentes, o Ministério da Saúde resolve então difundir a Estratégia no país, dando início ao programa “Pratique Saúde” (WHO, 2005; BRASIL, 2004; BUSS; CARVALHO, 2009).

Em 2004, com a participação de professores, alunos e ex-alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, além de profissionais da área de saúde, foi instituída a Associação Brasileira de Promoção da Saúde (ABPS) que tinha objetivo no ensino e na pesquisa sobre promoção da saúde, além de fornecer serviços sem fins lucrativos. Em 2005, o Ministério da Saúde sancionou a Política Nacional de Promoção da Saúde, formada por representantes de diversas áreas do Ministério da Saúde, mas apenas deste, sem a participação de outros setores do governo ou da sociedade civil. Essa política tinha como metas a prevenir e controlar o tabagismo, reduzir a morbimortalidade por acidentes de trânsito, promover o desenvolvimento sustentável, entre outros. Para efetivar essas metas, foi proposta a qualificação dos trabalhadores da saúde quanto à promoção da saúde, a articulação de parcerias para ações na prática de atividade física e ambientes de trabalho sem tabaco (BANDINI, 2006; BUSS; CARVALHO, 2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde normatizou a política de promoção da saúde no SUS, estruturando e intensificando várias ações promocionais, a exemplo da concretização da proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde e de sua agenda nacional, a coordenação da sua instituição e junção com as demais esferas governamentais e não-governamentais, o estímulo dos estados e municípios a preparar planos de promoção da saúde, a articulação e integração de medidas de promoção da saúde no SUS, o monitoramento e a avaliação das táticas de implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e seu impacto, o reconhecimento do valor da promoção da saúde para a equidade, o incentivo de ações intersetoriais, o fortalecimento da participação social, a adesão a práticas horizontais de gestão e implantação de redes de cooperação intersetoriais, o apoio a pesquisa e análise em promoção da saúde, a viabilização de ações de promoção da saúde unido aos trabalhadores e usuários do SUS,

levando em conta as metodologias participativas e o conhecimento popular e tradicional (BUSS; CARVALHO, 2009).

Ainda em 2006, o Presidente da República fundou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em meio ao Ministério da Saúde, a pioneira no mundo. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde foi formada por dezesseis características de diversos campos da vida social nacional e de um grupo interministerial, envolto de dezesseis ministérios dos campos econômicos e sociais, incluindo representantes das SES e SMS e da OPS/Brasil, e introduziu, em abril de 2008, sua última avaliação, “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”. A avaliação ficou disponível ao público durante fevereiro e março de 2008, recebendo diversos reforços (CNDSS, 2008; BUSS; CARVALHO, 2009).

As principais orientações da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde abordaram a criação de uma Câmara de Políticas Sociais no Gabinete Civil da Presidência da República para possibilitar a articulação intersetorial, no plano federal, das políticas públicas influentes sobre a saúde. Essas orientações foram importantes para dar origem à Secretaria Nacional de Promoção da Saúde e Atenção Básica, criada no âmbito do Ministério da Saúde. Antes, a promoção da saúde era centrada no setor de doenças crônicas não-transmissíveis, o que provavelmente ocasionava uma prioridade abaixo do necessário atrelada à promoção da saúde, no Ministério da Saúde, e um modo de pensar simplista que a limitava apenas a prevenção de riscos e doenças (BUSS; CARVALHO, 2009).

Outro fator importante para induzir a promoção da saúde no país foram as duas edições do Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. A edição de 2006 discorreu sobre as ações fundamentais para a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças voltadas para áreas de atenção à saúde, como a saúde da criança, do adolescente, do adulto/idoso, da mulher, entre outros (ANS, 2006).

Já a segunda edição, revisada e atualizada em 2007, buscou abordar mais a prevenção e o controle dos elementos de risco como um tema mais expressivo, independente da área de atenção à saúde onde a operadora baseia seus programas. Ainda, acrescentou-se o modelo de atenção à saúde do trabalhador. A relevância da análise dos programas não foi deixada de lado na edição, também recebendo seu espaço de distinção, uma vez que essas análises são tidas como peças essenciais de

planejamento com objetivo de tomar decisões e definir os modelos de intervenção (ANS, 2007).

O foco principal desse modelo foi incentivar a mudança do modelo de atenção à saúde que vigorava no ramo da saúde suplementar por meio de uma estrutura teórica e técnica, baseada em fatos científicos, possibilitando as operadoras uma orientação para organizar e planejar os programas (ANS, 2007).

Entre 2004 e 2007, a ANS realizou quatro Seminários Nacionais de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar, com objetivo de inserir o tema no segmento e debater a importância da prática das ações de promoção e prevenção ligadas às operadoras de planos de saúde (ALVES, 2009).

Em 2008, com o lançamento do programa “Mais Saúde: Direito de Todos”, a promoção da saúde ganhou visibilidade, se transformando em um dos sete focos de intervenção. O Programa Mais Saúde preconiza que, para o avanço do SUS faz-se necessário, de um lado, o crescimento do sistema de atenção à saúde, que envolva a assistência básica, as ações de alta e média complexidade, a regulação e a qualificação da saúde suplementar, além da integração com ações visando o acompanhamento, a prevenção e a vigilância em saúde. Por outro lado, é indispensável o avanço do complexo industrial e de inovação em saúde (ALVES, 2009; BUSS; CARVALHO, 2009).

O eixo da Promoção da Saúde se sobrepõe aos demais devido à articulação da ligação entre saúde e desenvolvimento, e tem como diretriz a movimentação da sociedade e do Estado centrado em um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis (ALVES, 2009).

Todos os eixos abordados serão importantes para um futuro acompanhamento e avaliação do programa de promoção da saúde no Brasil, graças a seus indicadores e suas metas que tornarão tal avaliação possível.

4.1.5. Reflexões

Segundo Czeresnia (2009), não é possível trabalhar na construção da promoção da saúde sem antes levar em consideração as reflexões filosóficas que nela são

agregadas e a decorrente reconfiguração na educação, através da comunicação, nas práticas de saúde.

Faz-se necessário refletir quanto à promoção da saúde para podermos lidar com pontos obscuros que possam surgir quando se apresentam diálogos entre diferentes dimensões que caracterizem a complexidade da saúde. A reflexão ajuda a cuidar do desafio que é esclarecer informações derivadas da produção de conhecimento científico em ações capazes de promover transformações sociais, ambientais e de condutas “não saudáveis” dos sujeitos. Tais desafios não serão resolvidos somente com uma simples implantação de novos modelos, bem como uma questão educacional não será resolvida somente com informação e capacitação técnica (CZERESNIA, 2009).

A comunicação mantém uma ligação antiga com a saúde, mas não se tratando somente de promoção da saúde. Sua utilização vem se tornando cada vez mais frequente, mas sua vinculação já é mais remota. A importância entre comunicação e saúde está, por exemplo, em sua função na participação e no controle social, já que ambos são dados através de processos comunicacionais, ou seja, a participação do ser político na vida social se dá devido ao acesso às informações em saúde (CHAUÍ, 2007).

Podemos apurar esse fato no Brasil através da divulgação da Constituição Federal de 1988. Definido no artigo 196, onde “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, a Carta Magna coloca que apesar da percepção a respeito da definição e execução das políticas públicas indicarem que o Poder Público seja um agente principal dessas ações, a participação popular nesses processos precisa ser levada em conta. Uma vez que as políticas públicas são dadas a partir das relações e formas como governo, governantes e cidadãos interagem entre si (FONSECA, 2008). O entendimento definitivo, a assimilação e aceitação das políticas públicas são dadas pela vitrine que alcançam e pela sua conversão em conhecimentos relacionados e sintonizados com aqueles a quem se pretenda atingir. Assim, é imprescindível sua ligação com a comunicação, já que se trata de um dos eixos determinantes do sucesso de uma dada política pública (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Podemos afirmar então que a interface entre a comunicação e a saúde é capaz de garantir trocas de informações e não apenas a transmissão linear (LEE; GARVIN, 2003). Devemos também salientar a comunicação envolvida nos processos educacionais, especialmente as que colaboram com a formulação das políticas públicas (VASCONCELOS; OLIVEIRA-COSTA; MENDONÇA, 2016).

Há também os dilemas éticos quando se trata de decidir entre as iniciativas limitadas a certos grupos – definidos como “grupos de risco” – ou generalizadas para toda a população. Ainda que seja difícil definir os limites quanto ao respeito da liberdade de ação das pessoas, as práticas de intervenção da saúde pública vêm sendo, muitas vezes, apontadas como meios de controle social (RADLEY, 1994). Assim como as campanhas de prevenção de doenças julgadas pelo seu viés estigmático, repressivo ou gerador de pânico (LUPTON, 1999).

Uma das maiores causas para estatísticas tão distintas de saúde da população envolve o grau de desigualdade social. Esses autores apontam que mais importante que os bens materiais de uma sociedade, é a luta contra as desigualdades sociais e as adversidades nelas acarretadas, que acaba tendo um reflexo no bem-estar e na saúde geral da população (WILKINSON, 1996; WILKINSON; MARMOT, 2013; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

4.1.6. Tendências

As concepções elaboradas para a promoção da saúde sofreram, através dos anos, um forte desenvolvimento, obtendo diversas interpretações das mais distintas. Essas concepções podem ser resumidas a duas tendências, onde a primeira se concentra nas ações da população e seu estilo de vida, e a segunda, abrangendo o avanço de políticas públicas e ambientes positivos para a saúde (BUSS, 2003; VERDI; CAPONI, 2004).

A primeira tendência se destaca pelo forte comportamento manifestado através de medidas de saúde onde visam mudar costumes e estilos de vida da população, levando em conta o âmbito da família e o meio cultural onde habitam. Assim, a promoção da saúde dá prioridade a questões de educação associadas aos riscos comportamentais do indivíduo, logo, o indivíduo se torna responsável pelo controle do processo. Temos o tabagismo como exemplo, que possui campanhas educativas, mas que se concentram mais no fumante do que no público geral, responsabilizando assim, o sujeito por sua saúde, o que restringe o problema ao indivíduo e a extensão ao comportamento. Isso exclui da promoção da saúde as causas e circunstâncias que independem do controle do indivíduo. (BERLINGUER, 1997; VERDI; CAPONI, 2004; CZERESNIA, 2009).

Já a segunda tendência, incrementando a primeira, trata como essencial os elementos que abordam sobre as condições de saúde, uma vez que seus aspectos são diretamente ligados a qualidade de vida individual e coletiva. Consequentemente, a promoção da saúde deve buscar modelos apropriados de alimentação, habitação e saneamento, bem como melhores condições de trabalho, acessibilidade para educação, entre outros. Assim, a promoção da saúde também acarreta em um tratamento mais atencioso em relação à saúde na sociedade. Desta forma, a promoção da saúde beneficiaria as políticas públicas, os ambientes mais propícios à saúde, a consolidação de ações comunitárias, além do progresso da capacitação e medidas em prol da saúde. Essas políticas públicas evidenciam a ideia de promover a saúde dentro de programas políticos das mais diversas áreas, a fim de conscientizar os responsáveis pelos efeitos causados por suas atitudes tomadas a respeito da saúde da população (VERDI; CAPONI, 2004; CZERESNIA, 2009).

Ambas as tendências estão incluídas na promoção da saúde como pilares da saúde pública, transformando a promoção da saúde em uma concentração de ideias de vários campos, como a saúde pública, a educação em saúde e as políticas públicas.

Dito isso, acrescenta-se que a percepção da complexidade da sociedade é tida como fundamental para o avanço de ambientes favoráveis à saúde. Levando em conta que as formas de vida, de trabalho e de lazer precisam ser fontes de saúde, e que o trabalho precisa fazer parte da formação de uma sociedade saudável, o foco passa a ser a melhoria de ambientes que auxiliem e colaborem para a saúde, a exemplo do trabalho, da escola, do lar, entre outros (VERDI; CAPONI, 2004).

Outra área a se observar, a consolidação da ação comunitária, é dada pelo empoderamento técnico e político das comunidades, com objetivo de aumentar a cooperação na decisão de prioridades e formação de estratégias visando melhorar a saúde. Portanto, faz-se necessário ter acesso total e contínuo ao conhecimento e aproveitar as chances de se instruir sobre a saúde (VERDI; CAPONI, 2004).

Visto que a promoção da saúde tem que estimular o desenvolvimento pessoal e social, é preciso priorizar a capacitação e as ações benéficas à saúde. Para isso, a orientação e a educação em saúde são fundamentais para a população melhorar seu

controle sobre si e sobre seu ambiente, optando por atitudes mais positivas para a saúde (VERDI; CAPONI, 2004).

4.2. Afirmações acerca da redução dos custos assistenciais

Alguns pesquisadores que fizeram estudos a respeito da promoção da saúde identificaram, ocasionalmente, correlações quanto aos custos assistenciais nela atrelados, onde nesses estudos foram expressas diversas opiniões, respectivamente, ao seu respeito.

Alves (2009), afirmou que realizar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças gera uma expectativa de mudar o perfil de uso dos serviços, onde o crescimento de consultas e exames, posteriormente, resultaria numa diminuição de internações, que culminaria na redução de custos assistenciais. Porém, não há estudos suficientes que corroborem a veracidade dessa premissa, tanto na abordagem do perfil, quanto na saúde de quem usufrui e nos custos assistenciais. Ela ainda pondera que o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção é de extrema importância no ramo da saúde suplementar, o que torna significativo firmar novas técnicas para estimular a adesão de programas, bem como a melhoria dos que já existem, além de analisar os efeitos dessas ações sobre a saúde dos beneficiários e sobre os custos e despesas assistenciais na saúde.

Ainda, segundo Silva e Rodrigues (2015), a busca por métodos para reduzir os custos assistenciais e melhorar o desenvolvimento sustentável das instituições de saúde suplementar não pode ser descartada. Porém, existem limitações, devido ao atravessamento do capital, que interrompem a promoção da saúde de estender-se sobre as diretrizes da saúde do indivíduo, tendo um baixo potencial para gerar um modelo assistencial que demandaria investir na autonomia dos sujeitos e na participação da população. Deve-se frisar ainda que, mesmo que as intenções de melhoria na saúde dos beneficiários sejam verdadeiras, isso esbarra nos entraves da lógica mercadológica que prevalece na área, o que expõe uma grave incoerência na oferta dos programas de promoção da saúde. Desse modo, a qualificação da assistência e a promoção da saúde acabam sendo deixadas em segundo plano, atrás dos interesses comerciais da iniciativa privada.

Já Anderson, Serxner e Gold (2001), constataram que, nos Estados Unidos, nos últimos 20 anos analisados através de estudos anteriores, tornou-se possível mensurar o impacto resultante do investimento em programas de promoção da saúde. Como resultado, eles afirmam que os investimentos retornam de três a oito vezes sobre cada dólar aplicado na saúde.

Em uma revisão sistemática sobre avaliações econômicas na prevenção primária das doenças cardiovasculares, não foram encontrados estudos suficientes onde realizem avaliações econômicas de intervenções baseadas na promoção da saúde, quando comparadas com prevenção clínica (SCHWAPPACH et al., 2007).

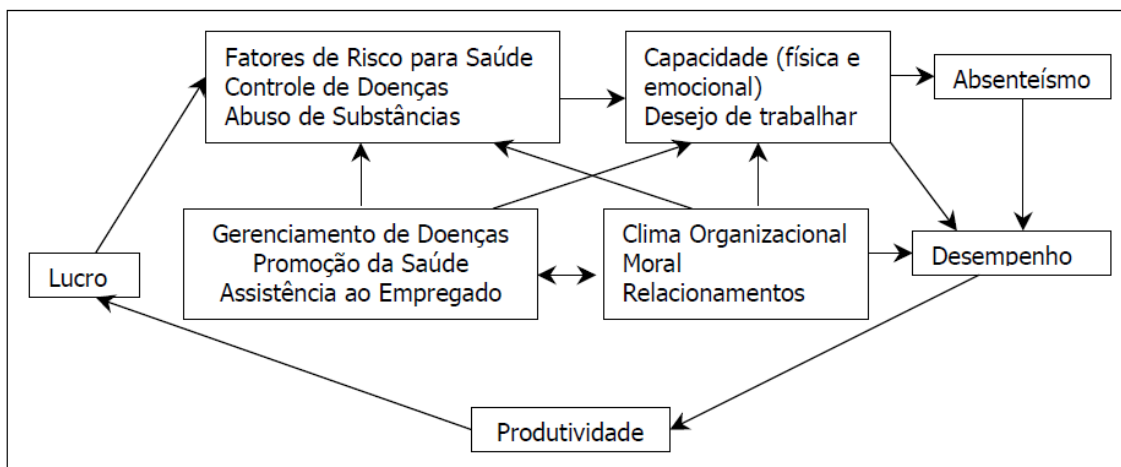
Bandini (2006), afirma que existem vários estudos na literatura científica que corroboram a eficácia da promoção da saúde a respeito de um resultado financeiro positivo, principalmente para programas bem desenvolvidos e com um mínimo de 5 anos de duração, retornando entre US\$ 3 e US\$ 8 por cada dólar aplicado. Porém, no Brasil não há estudos que comprovem tais efeitos da promoção da saúde, com exceção dos estudos realizados pelas próprias empresas.

Paim (2002), ao avaliar o Programa Saúde da Família, constatou que mesmo sua implementação sendo importante para o objetivo de se obter experiências alternativas às preponderantes, faltam comprovações de sua eficácia para possibilitar a reorientação das estratégias dos modelos assistenciais dominantes ou como “política de governo”. Política essa que dá mais enfoque a saúde financeira do que a saúde populacional.

Santos, Malta e Merhy (2008) encontraram pontos positivos consequentes do projeto de promoção da saúde e prevenção de doenças para a regulação assistencial através da avaliação dos resultados atingidos pela regulação do setor saúde suplementar. Eles afirmam que, mesmo sem o estabelecimento concreto dessa prática como uma das mais importantes dos modelos de atenção das organizações, o tema foi introduzido na prática discursiva e de *marketing* de várias operadoras, onde ainda incorporaram o lema da atenção à saúde e da responsabilidade com a saúde dos beneficiários, algo que antes inexistia nessa área.

O'Donnell (2000) buscou explicitar uma ligação dos efeitos da promoção da saúde com a produtividade e o lucro, para isso, ele dispôs do seguinte modelo de desenvolvimento de produtividade:

Figura 1: Relação entre lucro, desempenho e produtividade



Fonte: O'DONNELL (2000, apud BANDINI, 2006)

Nele, O'Donnell (2000) afirma que a evolução do desempenho dos trabalhadores está diretamente ligada à capacidade física e emocional para o trabalho, abrangendo a disposição de se trabalhar. Há então uma relação entre alto desempenho, crescimento de produtividade e de lucratividade. A redução dos fatores de risco para saúde e a gestão preventiva de doenças acabam agregando uma importância significativa à promoção da saúde (BANDINI, 2006).

Ainda não foi possível determinar qual o percentual ideal para se investir em promoção da saúde, comparando ao montante destinado à assistência. Embora seja um cálculo complicado e variável, há a certeza de que seu investimento deve manter-se em uma constante crescente a fim de evitar as enfermidades das pessoas (PORTER, 2009). A prevenção não é um custo e sim um investimento com lucro garantido, uma vez que bem executada (VERAS, 2012).

5. METODOLOGIA

Para analisar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente no ramo da saúde suplementar, é necessária uma metodologia adequada que avalie os resultados que dizem respeito à saúde em um campo que antes priorizava mais o pagamento dos procedimentos efetuados. Macdonald (1996) afirma que é preciso associar as metodologias qualitativas com as quantitativas a fim de obter os parâmetros do processo, bem como os do resultado, permitindo um estudo mais confiável (ALVES, 2009).

Dito isso, compreende-se que ambas as abordagens são necessárias para proposta de examinar a eficácia dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças de entidades de saúde suplementar, além de possibilitar o exame de experiências, atitudes e opiniões. Minayo et al. (2005) ainda pondera que a abordagem qualitativa se atenta a compreensão da ação social e foca no entendimento das relações, visões e julgamentos dos diversos autores quanto aos intermédios envolvidos (RODRIGUES, 2013)

O presente estudo utilizou de pesquisas bibliográficas na literatura científica a fim de avaliar os estudos de casos que correlacionassem a promoção da saúde e a prevenção de doenças com seus custos assistenciais correspondentes. Para então, a partir desse ponto, verificar a premissa de que promover a saúde e prevenir doenças é benéfico não só do ponto de vista da própria saúde, mas também do ponto de vista econômico.

O estudo de caso torna possível analisar eventos do cotidiano em seu ambiente natural. Além de ser adequado para se obter informações sobre populações e entidades, formando um plano elaborado para avaliação dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças no âmbito da saúde suplementar. Trata-se de uma estratégia elaborada que utiliza fontes de informações diversificadas como base para convergir em um estudo homogêneo (YIN, 2005).

No estudo de caso, o pesquisador deve demonstrar as mais diversas visões sobre o tema proposto, bem como concluir com a sua própria concepção, diante das opiniões dos autores referenciados. É importante frisar que o pesquisador deve manter-se alerta as novas descobertas realizadas, assim como novos elementos e dimensões que podem aparecer durante a pesquisa. Apesar de existirem estudos de casos únicos, os estudos

múltiplos são mais indicados por proporcionar conclusões mais incisivas, uma vez que a avaliação externa permite um entendimento mais amplo sobre o tema (YIN, 2005; LÜDKE; ANDRÉ, 1986; RODRIGUES, 2013).

Os avaliadores internos se caracterizam pela qualidade de articulação teórica e ajustamento entre os modelos de análise e modelos teóricos usados. Já os avaliadores externos não têm intenção de proporcionar generalização estatística, mas foca permitir uma generalização analítica, por meio da propagação, disseminação e elaboração de teorias (YIN, 2005). O esquema a seguir ajuda a sanar melhor as dúvidas a respeito das diferenças entre avaliadores internos e externos:

Tabela 2: Vantagens e desvantagens entre avaliadores internos e externos

Avaliadores Internos	
Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Compreende a organização, o programa e a operacionalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetividade mais duvidosa
<ul style="list-style-type: none"> • Entende e permite interpretação dos hábitos pessoais 	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusões negativas mais improváveis
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecido no grupo, não caracteriza riscos 	<ul style="list-style-type: none"> • Forte tendência em aceitar as hipóteses da entidade
<ul style="list-style-type: none"> • Maior probabilidade de exercer as orientações 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco tempo disponível na maioria dos casos
	<ul style="list-style-type: none"> • Chances de pouco conhecimento técnico e capacitação de análise
Avaliadores Externos	
Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Maior objetividade, impessoalidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de desconhecer a entidade quanto às suas políticas, metodologias e equipe
<ul style="list-style-type: none"> • Não tendenciada pela entidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acompanhamento das orientações recomendadas
<ul style="list-style-type: none"> • Possibilita novas concepções 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de não compreender a realidade local
<ul style="list-style-type: none"> • Acarreta experiência para avaliações 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de não conhecer os limites do cumprimento das orientações
<ul style="list-style-type: none"> • Maior disponibilidade 	

Fonte: BRASIL (2007, apud ALVES, 2009)

Todos esses estudos possibilitaram a obtenção de múltiplos casos capazes de elucidar melhor a respeito da situação dos modelos assistenciais aplicados na promoção da saúde e prevenção de doenças.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dentre os mais diversos estudos encontrados, foi possível identificar alguns casos em que a promoção da saúde e a prevenção de doenças foram avaliadas de acordo com sua efetividade em reduzir custos assistenciais. Esses estudos, depois de resumidos à sua essência, são explanados abaixo:

Em uma iniciativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de incentivar as operadoras de saúde suplementar a adotar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para seus beneficiários, em 2005, 215 operadoras de planos privados de assistência à saúde emitiram um total de 596 programas. Dessas 215 operadoras, 133 e, por conseguinte, 420 programas obtiveram aceitação da agência. Em 2007, foi feito o acompanhamento e análise dos programas, partindo dos padrões firmados na Instrução Normativa nº 14 da DIPRO (ANS, 2007; JORGE et al., 2008).

Os maiores obstáculos avistados por esses programas foram: o baixo alcance e cobertura, com poucos beneficiários adeptos; baixa consistência técnica dos programas, fundados sobre ações sem provas de eficiência; falta de acompanhamento e análise das ações implantadas; e falta de ações que assegurassem o desenvolvimento sustentável das ações (ANS, 2007; JORGE et al., 2008).

No intuito de definir o perfil dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças elaborado no ramo da saúde suplementar, foi feita uma apuração sobre todas as operadoras de planos de saúde no país, por meio de um Requerimento de Informações emitido pela ANS. Essa pesquisa tinha como pretensão descobrir a quantidade de operadoras de planos de saúde que desenvolviam programas de promoção e prevenção, observar os métodos utilizados pelas operadoras, levando em conta a particularidade e a distinção das regiões do país e as técnicas de planejamento e gerenciamento adotados pela operadora, explorar os setores de atenção estendidos pelos programas, conhecer o número de beneficiários dos programas, e dar suporte a ANS na organização de novos métodos de indução à adesão das operadoras aos programas (ANS, 2008).

O Requerimento enviado a 1842 operadoras obteve um retorno de 73,3%, onde as empresas que responderam representavam 96% dos beneficiários de planos de saúde no país. Dessas operadoras, 47,5% afirmaram adotar programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Os setores mais discutidos foram a saúde do adulto e do

idoso (73,8%), a saúde da mulher (49,6%), saúde da criança (30,9%), saúde bucal (24,6%), saúde do adolescente (20,9%) e saúde mental (13,1%) (ANS, 2008). Desse modo, a promoção da saúde já se mostrou em certo processo de desenvolvimento no cenário nacional.

Uma avaliação feita por uma operadora de saúde suplementar no Brasil analisou dois programas de prevenção de doenças, focando confirmar ou não a eficácia das práticas de medicina preventiva e de promoção da saúde em reduzir e controlar seus custos (SILVEIRA, 2004).

Um dos programas, o *Total Care*, foi feito voltado para o tratamento de clientes com doenças ligadas a cardiopatias e diabetes, incorporado aos programas de gestão de doenças desenvolvidos nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos. Segundo os dados da própria operadora, esse programa, durante o período de dois anos, foi capaz de reduzir a quantidade de internações de sua população observada em aproximadamente 50% e constatou uma redução nos custos anuais dos grupos de pacientes em aproximadamente 60% (SILVEIRA, 2004). O estudo afirma ter recebido um relatório do programa que continha os indicadores de desempenho, comparando os resultados obtidos na época e antes de sua aplicação, porém o estudo não demonstra tais informações.

O estudo do programa *North Karelia Project*, teve como objetivo a redução das porcentagens de tabagismo, através da divulgação de informações para a população, criação de atividades preventivas, na promoção de ambientes ausentes de tabaco e na capacitação de profissionais, foi constatado que técnicas populacionais visando a prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são eficazes para reduzir o tabagismo. Avaliaram-se os dados de cinco questionários populacionais (em 1972, 1977, 1982, 1987, 1992) e foi apurado que o percentual de homens fumantes foi reduzido de 52% para 32% em 20 anos, já entre as mulheres, o percentual de fumantes subiu de 10% para a faixa de 20%. A predominância de pessoas que nunca fumaram passou a sofrer um crescimento a partir do ano de 1977 (VARTIAINEM, 1998). Apesar da promoção da saúde ter se mostrado eficaz nesse estudo, a custo-efetividade não foi um fator levado em consideração para determinar sua relevância.

Um estudo feito na Austrália avaliou a custo-efetividade da prevenção primária de diabetes tipo 2, em comparação com outras alternativas de uso dos recursos da assistência à saúde. Os tipos de programas avaliados foram para cirurgia para obesidade mórbida, programa em grupo para modificações no comportamento, campanha de

mídia, orientação quanto às práticas de vida saudável pelo médico generalista, e programas com base na alimentação e nos hábitos de vida. Cada programa teve seu foco em um grupo distinto, sendo eles pessoas com obesidade, mulheres com diabetes gestacional prévia, homens com sobrepeso e a população geral (SEGAL, 1998).

Os anos esperados de diabetes e os anos de vida foram modelados para coorte hipotética de intervenção e controle e utilizados, com informações sobre o custo do programa, para obter estimativas de custo-efetividade. A modelagem de Markov foi usada para rastrear estados de tolerância normal à glicose, pouca tolerância à glicose e diabetes tipo 2 para coortes de intervenção e controle. Os anos de vida esperados foram calculados através da aplicação de vetores de mortalidade por idade e sexo específicos, ajustados para o estado diabético e perda de peso. As economias esperadas nos custos de cuidados de saúde decorrentes da prevenção da diabetes tipo 2 foram baseadas no custo anual estimado do gerenciamento de diabetes tipo 2 e foram utilizadas para derivar os índices de custo-efetividade líquidos. O programa de grupo para homens e programas de mídia com excesso de peso foi identificado como extremamente valioso, gerando poupanças líquidas estimadas em recursos de cuidados de saúde, ao mesmo tempo em que reduz a incidência de diabetes e aumenta a expectativa de vida (SEGAL, 1998).

Os programas de comportamento/dieta para grupos de alto risco foram altamente rentáveis em relação a outros programas de cuidados de saúde, com uma economia no custo líquido por ano de vida estimado entre US\$ 720 e US\$ 1900. A cirurgia foi mais pobre, mas ainda bem na economia no custo líquido de US\$ 3300 por ano de vida, se for direcionado para pessoas com pouca tolerância a glicose. Conclui-se que a prevenção primária da diabetes tipo 2 pode ser altamente rentável. O desenvolvimento e financiamento de programas-piloto para prevenção de diabetes tipo 2 é recomendado para testar esses achados e abordar a crescente incidência da doença (SEGAL, 1998). Esse estudo se diferencia dos demais por ter demonstrado matematicamente seus resultados através da análise dos diversos programas de prevenção primária.

Em uma busca por operadoras que desenvolvessem programas de promoção da saúde em Belo Horizonte e/ou região metropolitana, por meio de busca na base de dados da ANS, foram encontradas 79 operadoras, das quais 39 atendiam a uma faixa de beneficiários acima de 5.000 vidas. Dentre essas 39 operadoras, buscou-se descobrir as que oferecessem programas de promoção da saúde. Essa busca se revelou bastante desafiadora, já que as informações a respeito dos programas nas operadoras não são

explícitas e nem todos os programas desenvolvidos são devidamente registrados na ANS. Foram obtidas apenas 23 operadoras que confirmaram o crescimento de programas de promoção da saúde, quatro delas na categoria de autogestão e duas de medicina de grupo que concordaram em fazer parte da pesquisa (SILVA; RODRIGUES, 2015).

A análise dos dados revelou que os programas de promoção da saúde na saúde suplementar vivem em um ambiente de disputas. Existem discordâncias das lógicas que fazem parte da política da ANS com os programas ofertados pelas operadoras e os interesses dos beneficiários. A análise cruzada dos casos convergiu para uma tendência de acumulação de capital por parte das operadoras, através dos programas de promoção da saúde. Nos casos múltiplos, os resultados foram similares, o que corrobora a máxima que o capital é o principal fator avaliado pelas operadoras, tanto as de autogestão quanto as de medicina de grupo. O marketing e a proposta de produtos novos, como os programas de promoção da saúde, são vistos pelas operadoras como um meio de atrair e fidelizar clientes. Dito isso, os debates são enfáticos para a lógica de acumulação de capital ligados às técnicas de prevenção de riscos, o que proporciona a redução das despesas dos serviços de alto custo. As empresas se mostram a favor dos programas de promoção da saúde como um meio de solucionar possíveis crises derivada da disputa de mercado e os altos custos assistenciais (SILVA; RODRIGUES, 2015). O estudo, apesar de afirmar o interesse das empresas em adotar programas de promoção da saúde a fim de reduzir custos, não demonstra dados que comprovem sua teoria.

Em um estudo, chamado de *Health Partners Study*, 5000 indivíduos, aproximadamente, foram observados, por meio de seus seguros de saúde, sendo avaliados a partir de fatores como tabagismo, obesidade e falta de atividade física, com objetivo de verificar resultados significativos na redução dos custos-hospitalares desses indivíduos. O estudo indicou que os custos sofreram uma redução de aproximadamente 4,7% ligada ao aumento da prática de atividade física a cada dia na semana. Além disso, os custos apresentaram aumento relacionado ao crescimento de 1,9% para cada aumento de unidade do índice de massa corpórea para os fumantes, de 1,61% para os não fumantes e 1,52% para ex-fumantes (PRONK; GOODMAN; O'CONNOR et al., 1999). Apesar de ter demonstrado os resultados matematicamente, o próprio autor do estudo afirma que ele não é suficientemente relevante para provar que a mudança de hábitos derivados de métodos preventivos pode reduzir custos.

Em uma pesquisa similar a anterior, chamado de *Steelcase*, utilizando de fatores de risco como uso de medicamentos ou drogas, uso de álcool, nível de colesterol, entre outros, indivíduos que apresentassem um máximo de dois fatores estariam classificados como baixo risco e os que apresentassem mais de dois fatores estariam classificados como alto risco. A porcentagem de indivíduos com status de alto risco diminuiu de 31,8% para 25,3% entre 1985 e 1988 a um nível de significância de 1%. As mudanças nos custos médios e a porcentagem com status de alto custo seguiram a mudança de risco. A pesquisa concluiu que, na transição de alto para baixo risco, o custo médico-hospitalar individual apresentou um abatimento de US\$ 129,00 por ano, aproximadamente. Por outro lado, na transição de baixo para alto risco, resultou em um crescimento de US\$ 734,00 por ano, aproximadamente. Os custos médios não eram tão sensíveis à mudança de risco. O autor afirma que os dados descobertos fornecem fortes evidências de que melhorar o estado de saúde individual está associado a benefícios financeiros. (EDINGTON; WITTING, 1997).

O estudo *Dupont* avaliou o impacto de um programa abrangente de promoção de saúde no local de trabalho sobre ausências entre funcionários de tempo integral em uma grande e diversificada empresa industrial. Um projeto de grupo de controle pré-teste e pós-teste foi utilizado para estudar 41 locais de intervenção e 19 locais de controle com 29.315 e 14.573 funcionários por hora, respectivamente. Os empregados nos locais de intervenção apresentaram queda de 14,0 por cento nos dias de deficiência em dois anos contra a queda de 5,8 por cento nos locais de controle. Isso resultou em uma diferença líquida de 11.726 dias de deficiência em dois anos em locais com o uso de programas em comparação com locais que não usam o programa. As economias devido a menores custos de incapacidade nos locais de intervenção compensam os custos do programa no primeiro ano e forneceram um retorno de US\$ 2,05 por cada dólar investido no programa. Esses resultados sugerem que programas abrangentes de promoção da saúde no local de trabalho podem reduzir os dias de ausência entre os empregados e proporcionar um bom retorno sobre o investimento (BERTERA, 1990).

Em outro estudo, realizado pela Citibank Corporation, através da aplicação de questionários de exames de saúde e programas educacionais, acompanhamento médico, entre outros. Utilizando de uma comparação das despesas médicas antes e depois da intervenção, o estudo avaliou 11.194 integrantes do programa e 11.644 não-integrantes como grupo controle. Os sujeitos foram seguidos por uma média de 38 meses antes e após a administração de um instrumento de avaliação de risco de saúde que

desencadeou o início do programa. Para ajustar o viés de seleção na medida do possível com esses dados, foram utilizados modelos de regressão múltipla para estimar a poupança nas despesas médicas associadas à participação no programa. Essa avaliação retornou que a cada dólar investido, obtinha-se um retorno entre US\$ 4,56 e US\$ 4,73. O retorno sobre investimento forte e positivo mostrado aqui sugere que um programa de gerenciamento de saúde bem planejado, que foca intervenções em populações de alto risco, pode resultar em economias monetárias para uma organização (DUNN; GOETZEL et al., 1999).

Na pesquisa de Aldana (2001), foi realizada uma revisão bibliográfica onde foram avaliados 14 estudos distintos que discorriam sobre o custo-benefício da intervenção dos programas de promoção da saúde. A pesquisa apontou um lucro de US\$ 3,72, aproximadamente, para cada dólar aplicado. A pesquisa foi baseada em estudos que apresentavam dados matemáticos e foram publicados em revistas. Além disso, Goetzel et al. (1999), em sua pesquisa, também baseada em revisão bibliográfica, identificou retornos de US\$ 3,14 por dólar aplicado em programas de gestão de saúde, US\$ 4,50 por dólar aplicado em programas de gestão sob demanda e US\$ 8,88 por dólar aplicado na gestão de doenças.

Em um estudo feito por Veras (2012), para determinar a eficácia do gerenciamento de doenças nos Estados Unidos, foram constatadas três adversidades:

- Um relatório do US Congressional Budget Office onde apontava que depois de anos de pesquisa não se obteve evidência científica suficiente para provar que o gerenciamento de doenças seria capaz de reduzir custos dos cuidados de saúde (HOTLTZ-EAKIN, 2004);
- Uma análise prospectiva acerca do gerenciamento de doenças ofertado aos beneficiários do Medicare apontou que as medidas não refletiam em redução de despesas (MCCALL et al, 2008);
- O descontentamento dos médicos com a decisão das seguradoras por adotar o gerenciamento de doenças e, provavelmente, reduzir seus ganhos, além de interferir na relação médico-paciente (SHENKEL, 2005; BODENHEIMER, 2000).

O estudo ainda aponta que ao menos uma empresa de gerenciamento de doenças teve que declarar falência, ao mesmo tempo em que outras foram compradas, fundidas ou sofreram quedas severas em seu valor de mercado (VERAS, 2012). Porém,

novamente trata-se de um estudo sem evidências matemáticas que apoiem suas afirmações.

O esquema abaixo resume a relevância dos resultados alcançados:

Tabela 3: Relação entre autores e suas concepções

Autores que	Demonstraram dados matemáticos	Não demonstraram dados matemáticos
Afirmam que a promoção da saúde e prevenção de doenças reduz custos	3	5
Afirmam que a promoção da saúde e prevenção de doenças não reduz custos	-	1
Apontam que a promoção da saúde e prevenção de doenças ainda carece de informações quanto à redução de custos	1	2
Apontou efetividade da promoção da saúde, mas não de sua custo-efetividade	2	-

Fonte: CARDOSO, Raul Narcizo (2017)

7. CONCLUSÕES

Visto que, mesmo sem haver um consenso, a premissa da promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças reduzir custos assistenciais recebeu maior aceitação do que rejeição por parte de autores que analisaram o tema em questão, isso ajuda a ter uma segurança maior para acreditar na ideia. Porém, não se pode afirmar com certeza sua eficácia devido à falta de estudos concretos com avaliações matemáticas nas mais diversas ramificações da saúde, além de ainda haver estudos que apontam o oposto, mesmo sendo poucos e mais subjetivos do que precisos.

Também é válido frisar que, no Brasil, não foi possível encontrar estudos que demonstrassem matematicamente a custo-efetividade da promoção da saúde, tornando também necessário um aprofundamento acerca do desempenho do assunto no cenário nacional. A promoção da saúde, apesar de ser mais utilizada como método para melhorar a saúde da população, em muitos casos deixa de ser adotada pelas empresas por visarem primeiramente o lucro. As realizações desses estudos possivelmente ajudariam em um considerável aumento da adesão de programas de promoção da saúde por parte das empresas de saúde suplementar, beneficiando assim tanto as entidades quanto a população.

Observa-se, dessa maneira, a importância da avaliação no campo da promoção e prevenção, tanto para medir o impacto na saúde da população quanto nos custos assistenciais, principalmente, pela lacuna evidenciada frente à pequena quantidade de estudos envolvendo o setor suplementar de saúde (ALVES, 2009).

O estudo, apesar de não atender seu objetivo, diante da situação observada, onde os custos se encontram sofrendo um crescimento exponencial e a promoção da saúde obtendo resultados, em sua maioria, favoráveis para o objetivo de reduzir esses custos, demonstra que é válido para encorajar as empresas de saúde suplementar a adotarem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: OPAS, 2006; p. 65;

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2007; p. 167;

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor suplementar de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. 88 p;

ALDANA, Steven G. Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. **American Journal of Health Promotion**, v. 15, n. 5, p. 296-320, 2001;

ALVES, Danielle Conte. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de assistência privada à saúde: avaliação das ações de uma empresa de autogestão na prevenção de doenças cardiovasculares**, 2009. Tese de Doutorado;

ANDRADDE, Eli Iola Gurgel et al. Análise dos modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais. In: **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS**. 2009. p. 87-118;

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de et al. A saúde e o dilema da intersetorialidade, 2004;

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. Comunicação e saúde: os princípios do SUS como ponto de vista. In: **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**, 2008. p. 61-78;

BANDINI, Marcia Cristina das Dores. **Impacto de ações de promoção da saúde incluídas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional de empresa do ramo alimentício**, 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo;

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997;

BERTERA, R. The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population. *Am J Public Health*, 1990;

BODENHEIMER, T. Disease management in the American market. *BMJ* 2000;

BRASIL, Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002;

BRASIL. Dados Gerais - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 20/08/2017;

BRASIL. Ministério da Saúde. Análise da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega Países e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001;

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, 2000;

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, 2009;

BUSS, Paulo Marchiori; CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 19-42, 2003;

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Atenção primária e promoção da saúde. **BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Promoção da Saúde. Brasília, DF: MS**, p. 7-14, 2001;

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudanças**. Hucitec, 2010;

CECCIM, Ricardo B. et al. Imaginários sobre a perspectiva pública e privada do exercício profissional em saúde e a educação em saúde. **Pereira RC, Silvestre RM, organizadores. Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS–2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde**, p. 199-233, 2009;

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 12 ed. São Paulo: Cortez, 2007;

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (BRAZIL). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, 2008;

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8a. Brasília, 1986. Anais da 8a Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.; p. 381-389;

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 3, p. 39-54, 2003;

DÂMASO, Romualdo F. A medicina social e as políticas sociais. **Divulg. saúde debate**, n. 2, p. 66-72, 1990;

EDINGTON, Dee W.; YEN, Louis Tze-ching; WITTING, Pamela. The financial impact of changes in personal health practices. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 39, n. 11, p. 1037-1046, 1997;

FERREIRA, Vanessa A.; MAGALHÃES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais Nutrition and health promotion: recent perspectives. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, 2007;

FONSECA, Ana. A evolução histórica das políticas sociais no Brasil. **Canela G, organizador. Políticas públicas sociais e os desafios para o jornalismo. São Paulo: Cortez**, 2008;

GOETZEL, Ron Z. et al. Differences between descriptive and multivariate estimates of the impact of Chevron Corporation's Health Quest Program on medical expenditures. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 40, n. 6, p. 538-545, 1998;

GOETZEL, Ron Z.; JUDAY, Timothy R.; OZMINKOWSKI, Ronald J. What's the ROI. **Am Worksite Health Promotion**, p. 12-21, 1999;

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006;

HOTLTZ-EAKIN, D. An analysis of the literature on disease management program. Letter to the Honorable Don Nickles, 2004;

JORGE, A. O.; REIS, A. T.; COELHO, K.S.C. A perspectiva da promoção à saúde e a prevenção de doenças no setor suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. p. 109-128;

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARK, E. G. Medicina preventiva (MCF Donnangelo, M. Goldbaume, & US Ramos, trads), 1976;

LEE R. G., GARVIN, T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Soc. Sci. Med.*, 2003;

LOPES, Maria do Socorro Vieira; SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; XIMENES, Lorena Barbosa. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2010;

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986; 99p;

LUPTON, D. The imperative of health: public health and the regulated body. In: K. CHARMAZ, K.; LUPTON, Deborah (Ed.). **Risk and sociocultural theory: New directions and perspectives**. Cambridge University Press, 1999;

MACDONALD, G. Where next for evaluation? Health Promotion International, Oxford, v. 11, n. 3, p. 171-173, 1996;

MACHADO, Kátia. Saúde da Família se firma como estratégia permanente do SUS, 2004;

MCCALL, N.; CROMWELL, J; URATO, C; RABINER, D. **Evaluation of phase I of the Medicare Health Support Pilot Program under traditional fee-for-service Medicare**: 18-month interim analysis, 2008;

MENICUCCI, Telma M. G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. Santos NR, Amarante PDC, organizadores. **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, p. 180-97, 2011;

MERHY, Emerson Elias. O capitalismo e a saúde pública. 1985;

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.71-103;

NERI, Anna Sofia Costa. **A influência da qualidade percebida, do valor percebido e do custo de mudança sobre a lealdade dos usuários do serviço de saúde suplementar**. 2016. Tese de Doutorado;

NORONHA, J.; SANTOS, I.; PEREIRA, T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. **Gestão pública e relação públicoprivado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, p. 152-79, 2011;

O'DONNELL, M. Mechanisms linking health, productivity and profit. Am J Health Promotion, 2000;

ORGANIZAÇÃO PANAMERICA DE SAÚDE. **Caribbean charter for health promotion**: Port-of-Spain, Trinidad. Washington: OPS, 1993;

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Promoção da saúde: marco conceitual. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm>. Acesso em: 25 julho 2017;

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p.361-5;

PETERSEN, Alan. Risk, governance and the new public health. **Foucault, health and medicine**, p. 189-206, 1997;

PORTER, M. E. A strategy for health care reform: toward a value-based system. *N Engl J Med*, 2009; 361(2):109-12;

PORTER, Michael E., TEISBERG, Elizabeth Olmstead. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Artmed, 2009;

PRONK, Nicolaas P. et al. The association between work performance and physical activity, cardiorespiratory fitness, and obesity. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 46, n. 1, p. 19-25, 2004;

RADLEY, A. Making sense of illness: the social psychology of health and disease. London: Sage, 1994;

ROBERTSON, Ann. Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health. **Health Promotion International**, v. 13, n. 2, p. 155-166, 1998;

RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. **Promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar: uma proposta de reorientação do modelo assistencial?**. 2013. Tese de Doutorado. Dissertação Mestrado. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 2013. 160f;

SÁ, Marcelo Coelho. **Análise dos custos assistenciais de uma operadora de plano de saúde no Brasil**. Natal, 2012. Tese de Mestrado;

SANTOS, F. P.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008;

SCHWAPPACH, D. L. B.; BOLUARTE, T.A.; SUHRCKE, M. The economics of primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review of economic evaluations. **Cost effectiveness and resource allocation**, England, v. 5, n. 5, 2007;

SEGAL, L.; DALTON, A. C.; RICHARDSON, J. Cost-effectiveness of the primary prevention of non-insulin dependent diabetes mellitus. **Health Promotion International**, Oxford, v. 13, n. 3, p. 197-209, 1998;

SERXNER, Seth A. et al. The Relationship Between Health Promotion Program Participation and Medical Costs: A Dose Response. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 45, n. 11, p. 1196-1200, 2003;

SHENKEL, R. 1-800-chronic disease management (edit). *Fam Pract Manag*, 2005; 12:17;

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003;

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar: relações e tensões entre operadoras, beneficiários e agência reguladora estatal. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. suppl. 1, p. 193-204, 2015;

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela. **Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. Editora Hucitec, 2010;

SILVEIRA, Luciana Souza da. **Prevenção de doenças e promoção da saúde: diferenciais estratégicos na conjuntura do mercado de saúde suplementar**, 2004. Tese de Doutorado;

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A. Dilemas na promoção da saúde no Br Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v. 11, n. 22, p. 223-38, 2007;

VARTIAINEM, E. et al. Twenty-year smoking trends in a community-based cardiovascular diseases prevention programme: results from the North Karelia Project. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 8, n. 2, p. 154-159, 1998;

VASCONCELOS, Wagner Robson Manso de; OLIVEIRA-COSTA, Mariella Silva de; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Promoção ou prevenção? Análise das estratégias de comunicação do Ministério da Saúde no Brasil de 2006 a 2013. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 10, n. 2, 2016;

VERAS, Renato Peixoto. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos Disease prevention in the elderly: misconceptions in current models. **Cad. saúde pública**, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012;

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 1, 2005;

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. cap. 19, p. 635-667;

WILKINSON, R. G. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London: Routledge, 1996;

WILKINSON, R. G.; MARMOT, M. (Eds.) Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: WHO, 2003;

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Health promotion: Ottawa charter. **Geneva: World Health Organization**, 1986;

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. **Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals**, v. 16, n. 3, p. 168, 2005;

WORM, T. **Análise dos métodos que auxiliam na redução dos custos assistenciais em operados de planos de saúde** (Trabalho de Conclusão de Especialização em Gestão de Planos de Saúde). Universidade Anhanguera-Uniderp, Rio Grande do Sul, 2012;

YIN, R. K. **Estudo de caso: Planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212p.